

Capítulo III

COOPERATIVAS MÉDICAS E CONCORRÊNCIA NA JURISPRUDÊNCIA DO CADE

RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

1 INTRODUÇÃO

As cooperativas médicas, em suas várias formas, têm sido objeto de inúmeras investigações no âmbito do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. Na verdade, quase três quartos dos processos administrativos punitivos julgados no CADE referem-se, de um modo ou de outro, a cooperativas médicas.¹ As mais recorrentes decisões condenatórias dizem respeito, por um lado, à imposição de exclusividade, ou unimilitância, aos médicos cooperados, e, por outro, à uniformização de preços, ou tabelamento de honorários, adotados por cooperativas médicas. Para entender os fundamentos e a evolução no tempo dessas decisões do CADE parte-se de uma breve discussão sobre as possíveis vantagens e desvantagens da cooperação entre concorrentes, notadamente profissionais liberais, antes de se examinarem os casos concretos.

2 COOPERAÇÃO ENTRE CONCORRENTES

escopo e de custos de transação. É possível também que a cooperação permita aos concorrentes agir de forma complementar, por meio do aporte de recursos de várias naturezas para atingir um fim comum que não seria alcançado se se agisse de maneira isolada. É possível, ainda, que a cooperação gere incentivos à inovação tecnológica, por meio, por exemplo, da adoção de uma norma técnica ou de um padrão tecnológico comum. De outra parte, é possível que a cooperação entre concorrentes cause prejuízo à livre concorrência. Entre suas desvantagens pode-se mencionar o compartilhamento de informações, que pode levar a uma coordenação entre os concorrentes e à redução da oferta (ou da demanda), ao aumento de preços ou à redução da qualidade dos bens ou serviços (ofertados ou demandados). Outra consequência negativa da cooperação entre concorrentes pode ser uma concentração econômica expressiva em algum mercado relevante que permita o exercício de poder de mercado em detrimento dos consumidores, como o fechamento de mercado para novos entrantes.²

Quando se trata de profissionais liberais, no mundo inteiro a tendência, tanto na União Européia quanto nos EUA, é condenar recorrentemente acordos entre profissionais que deveriam agir como concorrentes, mas, mediante esses acordos, tendem a fixar preços. Ainda que se pondere que, muitas vezes, tais acordos possam ter por finalidade fazer frente ao poder de mercado dos tomadores desses serviços ou garantir padrões mínimos de qualidade e ética profissional, tem-se entendido que acordos dessa natureza tenderão sempre a prejudicar o consumidor, cujo interesse, em última instância, é o que norteia as normas de proteção à concorrência.³

processos administrativos julgados correspondem à imposição de exclusividade ou unimilitância e 35%, ao tabelamento de honorários profissionais. Desses últimos, a imensa maioria refere-se ao tabelamento de honorários médicos.

- 2 SULLIVAN, Lawrence A.; GRIMES, Warren S. *The law of antitrust: an integrated handbook* p. 685-709. Cf., também, FEDERAL TRADE COMMISSION; DIVISÃO ANTITRUSTE DO DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA DOS ESTADOS UNIDOS *Guidelines for collaborations among competitors*, 2000. Disponível em: www.ftc.gov/bc/bcburguidelines.htm.
- 3 Cf. COMISSÃO EUROPEIA. *Report on competition in professional services*, 2004. Disponível em: http://europa.eu.int/comm/competition/liberal_professions/final_communication_en.pdf.

Na área de saúde suplementar, há problemas muito específicos, tais como a essencialidade dos serviços, a demanda inelástica, bem como os custos crescentes que decorrem da inovação tecnológica e procedimentos médicos cada vez mais sofisticados. Há também questões tipicamente regulatórias que afetam os planos de saúde, como a seleção adversa e o risco moral, e dificuldades de precificação de risco, de segmentação e de definição do âmbito de cobertura.⁴ Tais questões tornam ainda mais complexa a análise concorrencial das diversas formas de cooperação entre prestadores de serviços médicos, as quais podem ser admitidas se comprovadamente gerarem eficiências mensuráveis e não prejudicarem o consumidor. O tema tem sido muito debatido nos Estados Unidos, cujas autoridades antitruste chegaram a elaborar diretrizes para definir uma “zona de segurança” para a cooperação entre fornecedores de serviços de saúde.⁵

No CADE, as questões mais recorrentes, como se viu, são as cláusulas de exclusividade que algumas cooperativas, sobretudo a Unimed, impõem aos seus cooperados, a despeito de expressa proibição legal, além da fixação de preços mínimos por cooperativas médicas.

3 CLÁUSULA DE EXCLUSIVIDADE OU DE UNIMILITÂNCIA

O CADE tem condenado repetidamente, sempre por unanimidade, a cláusula de exclusividade ou unimilitância, sempre que se verifica que a cooperativa médica que a impõe pode exercer poder de

4 Cf. ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina; PARAÍSO, Daniela Góes; BRITO, Rubens José Amaral de. Demanda no setor de saúde suplementar no Brasil. In: FIÚZA, Eduardo; MOTTA, Ronaldo Seroa da (Coord.). *Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. Cf. também, dos mesmos autores, *Estudo sobre a regulação do setor brasileiro de planos de saúde*. Documento de Trabalho n. 37. Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda, 2006.

5 Cf. FEDERAL TRADE COMMISSION; DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA (DoJ). *Improving health care: a dose of competition*, 2004. Relatório. Disponível em: www.usdoj.gov/atr/public/health_care/204694.pdf.

mercado. Como bem notado pelo Conselheiro Paulo Furquim de Azevedo,

é entendimento pacífico que a prática da chamada unimilitância, por planos de saúde detentores de poder de mercado, configura infração à ordem econômica, já que obstrui o acesso de planos de saúde concorrentes aos médicos, recurso essencial a esta atividade. Isso impede a entrada de novos ofertantes e enfraquece os que já atuam no mercado relevante em questão, o que diminui a concorrência e acarreta a alocação ineficiente de recursos, que acabam por ser transferidos dos consumidores para o agente dominador.

Para caracterizar o ilícito antitruste, é preciso, em primeiro lugar, demonstrar

a existência de poder de mercado por parte da cooperativa, de tal modo que uma eventual ação concertada entre os médicos associados à cooperativa seria capaz de afetar negativamente a oferta de serviços de saúde. Adicionalmente, a unimilitância é o mecanismo pelo qual a cooperativa restringe o acesso de concorrentes aos médicos, elemento essencial na concorrência do mercado de saúde suplementar. Unimilitância na ausência de poder de mercado carrega os benefícios de inibir um comportamento (*free rider*) que dissipa valores do coletivo, seja na provisão de bens coletivos, seja na coordenação de ações em direção a um bem comum. Essas características, em geral, estão presentes na unimilitância mesmo quando a cooperativa possui poder de mercado, sendo o seu papel a inibição à concorrência e preservação dos ganhos derivados do poder de mercado. Também nesse caso, a unimilitância previne um comportamento que prejudicaria o coletivo de médicos, mas que, em contrapartida, resultaria em aumento da renda de consumidores e, de modo geral, ampliação do bem estar da sociedade. Uma cláusula, portanto, que iniba comportamento tão benéfico à coletividade, mesmo que prejudicial ao coletivo que por meio dela se apropriaria de rendas de

monopólio, constitui um ilícito antitruste. Em síntese, é a combinação de unimilitância com poder de mercado que constitui, conforme amplamente pacificado na jurisprudência e consoante a teoria econômica, o conjunto suficiente de evidências para caracterizar o ilícito antitruste.⁶

Contra esse reiterado entendimento do CADE costuma-se argumentar que há inúmeras decisões do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que a lei das cooperativas e os princípios cooperativos autorizam a imposição dessa cláusula de exclusividade, em atendimento à finalidade social das cooperativas. É preciso observar, contudo, que as decisões proferidas pelo STJ não tiveram por objeto os efeitos da cláusula de exclusividade sobre o mercado ou sobre os consumidores, mas apenas a liberdade do profissional médico de contratar com outros planos de saúde em confronto com o direito cooperativo. Cuida-se, portanto, de decisões em que foram levados em conta os direitos individuais dos médicos (disponíveis), mas não os

6 Voto de relatoria no Processo Administrativo n. 08012.000629/2006-26. Outros precedentes do CADE são arrolados no voto: PA 08000.00118665/94-84; PA 08000.023281/97-41; PA 08000.018480/97-28; PA 08000.021182/96-15; PA 08012.007631/97-65; PA n. 08012.006248/98-25, representada: Unimed de Joinville Cooperativa de Trabalho Médico (julgado em 1º/9/1999); PA n. 08012.0102271/98-51, representada: Unimed Santa Maria (julgado em 15/12/1999); PA n. 08012.0102272/98-13, representada Unimed de Varginha (julgado em 6/10/1999); PA n. 0144/92, representada Unimed Goiânia (julgado em 7/7/1999); PA n. 0147/94, representada Unimed Vitória (julgado 18/2/1998); PA n. 08012.001204/98-72, representada Unimed de Montes Claros, (julgado 8/9/1999); PA n. 08000.001888/96-52, representada Unimed Cooperativa de Trabalhos Médicos – Pato Branco-PR (julgado em 18/8/1999); PA n. 08000.011866/94-84, representada Unimed de São João da Boa Vista (julgado em 4/2/1998); PA n. 08000.014608/95-86, representada Unimed – Cooperativa de Trabalho Médico de Ponta Grossa-PR (julgado em 3/2/1999); PA n. 08000.018480/97-28, representada Unimed de João Pessoa (julgado em 7/7/1999); PA n. 08000.019008/95-96, representada Unimed – Toledo – Cooperativa de Trabalho Médico (julgado em 10/2/1999); PA n. 08000.021182/96-15, representada Unimed de Mossoró (julgado em 8/2/1998); PA n. 08000.023281/97-41, representada Unimed de Araguari-MG (julgado em 18/8/1999); PA n. 08000.026711/95-32, representada Unimed Catanduva (julgado em 13/10/1999); PA 08012.003118/2005-85, representada Unimed Pindamonhangaba (julgado em 21/6/2006); PA 08012.010712/2005-22, representada Unimed de Assis (julgado em 21/3/2007).

direitos coletivos dos consumidores (indisponíveis), até porque nelas não se considerou a superveniência da Lei n. 9.656/98, que veda expressamente os contratos de exclusividade ou de restrição de atividade profissional.⁷

Nesse sentido, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, na Apelação em Mandado de Segurança n. 2000.34.00.007653-0/DF, relatada pelo Des. Federal Souza Prudente, entendeu inaplicáveis à espécie os precedentes do STJ e decidiu que

a exclusividade na prestação de serviços, pretendida por operatividade médica, sem embargo do apoio e do estímulo devidos ao cooperativismo e a outras formas de associativismo, além de atentar contra as garantias fundamentais de uma ordem econômica, financeira e social, fulcradas nos princípios da livre concorrência e da proteção à saúde, e voltadas para bem-estar e justiça sociais (CF arts. 170, IV, 193 e 196), encontra óbice no art. 18, III, da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.

Como se lê no voto-vista proferido pela Desª Federal Maria Izabel Gallotti,

os precedentes do STJ no sentido de que o associado que adere à Cooperativa Médica sujeita-se ao seu estatuto e não pode se vincular a outra entidade congênere, porque isto provocaria concorrência à cooperativa e desvirtuaria a finalidade com que instituída, não infirmam a sentença recorrida, porque nenhum deles aprecia a questão sob o prisma do art. 18, inciso III, da Lei n. 9.656/98. Adernais, todos esses precedentes cuidavam de situação de fato diversa – discutia-se se o contrato celebrado entre os médicos cooperados e a UNIMED permitia a exclusão daqueles que descumprissem a sua cláusula de fidelidade e se

7 Cf. MENDONÇA, Adriana Pereira de. *Cláusula de exclusividade de prestação de serviços médicos das cooperativas médicas e de saúde à luz do direito da concorrência*. 2003. Monografia (MBA em Direito Econômico e das Empresas). Fundação Getúlio Vargas, Brasília, 2003.

esta cláusula seria legal. Neste caso, discute-se se a UNIMED estabeleceu um monopólio no mercado de Santa Catarina. Isso, como vimos, foi devidamente comprovado. Assim, considero que a multa aplicada pelo CADE foi legal, pois ficou devidamente comprovada a violação à Lei n. 8. 884/94.

Vale citar, ainda, dentre outras decisões, as proferidas na AMS n. 2000.34.00.007650-2/DF, no AG n. 2002.01.00030647-0/DF, no AG n. 2002.01.00.002752-0/DF, todas do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, e a seguinte ementa de acórdão do Tribunal Regional Federal da 5ª Região:

Processual civil. Administrativo. Decisão. Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). Execução. Sujeição das cooperativas médicas. Regularidade procedimental. Cláusula de exclusividade. Ilegalidade.

I. As normas concorrenciais devem ser aplicadas às sociedades cooperativas, pois o art. 15 da Lei 8.884/94 engloba qualquer ente público ou privado que tenha conduta contrária à concorrência, independente de visar ao lucro, além de não haver isenção expressa nem implícita das cooperativas da adjudicação concorrencial.

II. Enquanto que a determinação da existência de infração à ordem econômica encontra-se na esfera de competência do CADE, que, fazendo uso do seu expertise, decidiu pela ocorrência de conduta anticoncorrencial no caso concreto, cabe ao Judiciário observar a legalidade e regularidade formal do procedimento, âmbito em que não se vislumbram vícios.

III. A representação do Ministério Público ao CADE se deu de forma regular e o Termo de Ajustamento de Conduta firmado anteriormente não retira a competência do CADE de atuar na tutela da ordem econômica e no resguardo dos interesses da coletividade.

IV. A Lei 5.764/71, que institui a Política Nacional de Cooperativismo, deve ser interpretada em harmonia com os princípios consagrados pela nova ordem constitucional, entre os quais o da

livre concorrência e da defesa do consumidor (art. 170, IV e V, da CF).

V. A cláusula de exclusividade afronta o art. 18, III, da Lei 9.656/98, segundo o qual é vedada a imposição a profissionais de saúde de contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

VI. Apelação improvida (Apelação Cível 376.602, Processo: 2004.82.00.0124932, Rel. Des. Fed. Margarida Cantarelli, Quarta Turma, TRF 5, DJ 16/02/2006, p. 644).

Neste último aresto, foi ventilada a hipótese de termo de ajustamento de conduta (TAC), que pode ser celebrado pelo Ministério Público ou pela Agência Nacional de Saúde para excluir do estatuto social da cooperativa a cláusula de exclusividade sem, contudo, afastar a competência do CADE para reprimir infrações à ordem econômica porventura materializadas. A propósito, o art. 53 da Lei n. 8.884/94 confere ao CADE a competência para celebrar termo de compromisso de cessação, o qual, à semelhança do TAC, é um instrumento de composição de conflitos, de caráter marcadamente negocial, que prioriza a rapidez e a efetividade da medida adotada à longa tramitação processual frequentemente necessária à aplicação da sanção, de cumprimento muitas vezes incerto.

4 TABELAMENTO DE HONORÁRIOS

A questão mais polêmica atualmente em debate no CADE diz respeito ao tabelamento de honorários, isto é, à fixação de preços mínimos por cooperativas médicas. Em consonância com a jurisprudência internacional sobre a matéria, toda a forma de tabelamento era sistematicamente condenada. Recentemente, contudo, o CADE arquivou, por maioria, dois processos administrativos instaurados contra cooperativas médicas.⁸ Os votos vencedores fundaram-se no argumento de que as cooperativas têm personalidades distintas

8 Cf. PA n. 08000.005351/97-42 e PA n. 08012.003664/2001-92.

das dos sócios e não podem ser caracterizadas como acordos entre concorrentes. Assim, como entidades dotadas de personalidade jurídica própria, as cooperativas poderiam fixar um preço por seus serviços, como qualquer outra empresa, sem que isso caracterizasse a adoção de uma conduta uniforme entre concorrentes. Argumentou-se, também, que a análise deve ser necessariamente casuística, já que algumas cooperativas podem gerar eficiências econômicas superiores aos danos ao bem-estar dos consumidores, ao agir no legítimo interesse dos seus cooperados em compensar o poder de compra de alguns planos de saúde e estabelecer honorários compatíveis com a ética médica, com os padrões mínimos de atendimento à população em geral e com a legislação que rege a atividade médica. Além disso, argumentou-se em voto singular, não acompanhado pelos votos vencedores, que as cooperativas médicas guardariam semelhança com entidades sindicais e, por isso, deveriam gozar de imunidade antitruste.

Em casos posteriores, entretanto, o CADE voltou a condenar práticas associadas à uniformização de preços por cooperativas médicas. No processo referente às cooperativas de anesthesiologistas da Bahia, verificou-se a existência de cartel entre duas cooperativas para fixar preços mínimos, bem como para praticar boicotes que diretamente prejudicaram os consumidores.⁹ No processo atinente à cooperativa de anesthesiologistas de Pernambuco, constatou-se que, antes da promulgação de lei estadual que procura disciplinar a relação entre médicos e planos de saúde, cuja constitucionalidade foi questionada no Supremo Tribunal Federal,¹⁰ a cooperativa médica aumentou substancialmente os honorários e promoveu boicote que causou prejuízo direto aos consumidores, os quais foram obrigados a pagar diretamente pelos procedimentos médicos para, em seguida, solicitar reembolso aos planos de saúde. Como estes não admitiram os aumentos impostos unilateralmente, os reembolsos foram parciais, pelos

9 Cf. PA n. 08012.007042/2001-33.

10 Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 3.207, promovida pela Confederação Nacional do Sistema Financeiro (CONSIF), ainda pendente de decisão.

valores originalmente contratados com as cooperativas, o que acarretou dano à concorrência e aos consumidores.¹¹

O que importa ressaltar é que, a partir desses últimos casos, o CADE passou a levar em conta a possibilidade de tais acordos entre concorrentes caracterizarem-se como uma forma de poder compensatório perante agentes econômicos dotados de maior poder de mercado. Para tanto, tem procurado trazer exemplos da literatura e da experiência estrangeiras. Nos Estados Unidos, por exemplo, há inúmeras propostas de alteração da lei que visam a criar imunidades antitruste para associações de médicos, ao argumento de que, se proibidas todas as formas de cooperação, o poder de mercado dos planos de saúde seria incontrastável, em prejuízo da qualidade do atendimento médico. Em resposta a questões como essas, a Federal Trade Commission e o Departamento de Justiça dos Estados Unidos elaboraram diretrizes que permitem identificar uma “zona de segurança antitruste” para certas modalidades de associações entre médicos.¹² Tal zona de segurança é definida consoante os seguintes critérios: a) a imposição ou não de cláusula de exclusividade aos médicos cooperados; b) o compartilhamento de risco financeiro entre os cooperados e c) o poder de mercado da entidade. Não causam

11 Cf. PA n. 08012.008060/2004-85.

12 Deborah Platt Majoras, presidente da FTC, ao discutir, em palestra proferida em 28/2/2005, o papel investigativo em casos envolvendo a fixação conjunta de honorários por parte de prestadores de serviços médicos, conclui: “Apesar de reconhecermos o compreensível desejo dos médicos por maior paridade em suas negociações com grandes planos de saúde, eles precisam entender que a pedra de toque para nós é saber se a conduta em questão prejudicará ou beneficiará os consumidores. Nossa experiência sugere que fixação de preços por médicos – sem eficiência integrativas – aumentará consideravelmente os custos da provisão de serviços de saúde para os consumidores, e é por isso que nós temos sido tão ativos nessa área” (*Fostering a competitive health care environment that benefits patients*. Tradução nossa. Disponível em: www.ftc.gov/speeches/majoras/050301healthcare.pdf). A OCDE demonstra a mesma preocupação de que não há razão para esperar que a criação de poder compensatório seja apta a beneficiar os consumidores. Ao contrário, a experiência relatada no estudo indica que barganhas coletivas tendem a aumentar os preços sem garantir a qualidade dos serviços médicos. (*Enhancing beneficial competition in the health professions*, p. 222. Disponível em: www.oecd.org/dataoecd/7/55/35910986.pdf).

preocupações concorrenciais, salvo em casos extraordinários, as associações de médicos que compartilhem riscos financeiros e, alternativamente, detenham 20% de participação no mercado relevante geográfico, sem impor exclusividade a seus membros, ou detenham 30% de participação no mercado relevante geográfico, mas não imponham exclusividade a seus associados.

Nesse diapasão, é fundamental que essas associações entre médicos não tenham poder de mercado significativo e que seus cooperados ou membros compartilhem riscos financeiros, já que isso gera incentivos para que os associados ou cooperados fiscalizem ativamente o cumprimento dos objetivos sociais do modo mais eficiente, o que pode ser verificado caso a associação ou cooperativa promova de algum modo integração clínica entre os serviços prestados. Acordos que não se enquadrem na zona de segurança, desde que não sejam entendidos como ilícitos *per se*, são submetidos a uma análise estrutural segundo a regra da razão. Nessa análise, a avaliação das eficiências leva em conta, mais uma vez, a partilha ou não dos riscos financeiros decorrentes do acordo de concorrentes. Compartilhar riscos significativos é entendido como forte indício de que o acordo tende a gerar eficiências.¹³

Embora a metodologia de análise empregada nos Estados Unidos não possa ser transposta acriticamente ao Brasil, pois a realidade social e as condições de mercado são completamente diferentes nos dois países, é inquestionável que ela pode contribuir significativamente para o aprofundamento da análise antitruste das cooperativas médicas entre nós, já pelo fato de induzir ao debate sobre as condições de possibilidade de formas associativas que permitam o exercício de poder compensatório sem prejuízo à concorrência e aos consumidores.¹⁴

13 Cf. os *statements* enunciados em conjunto pela FTC e o Departamento de Justiça (DoJ) norte-americanos no que tange à sua política de aplicação da legislação antitruste ao setor de saúde, especialmente o *statement 8*, cujo texto completo está disponível no endereço www.ftc.gov/reports/hlth3s.htm#7.

14 Daniel Goldberg conclui que estratégias de negociação coletiva que possam gerar efeitos deletérios em mercados competitivos devem ser proibidas. Contudo,

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de condutas potencialmente anticompetitivas por parte de cooperativas médicas tem sido aprimorada graças ao salutar debate que vem ocorrendo no CADE, no qual, a exemplo do que se verifica em outros países, têm-se procurado estabelecer critérios que permitam identificar, caso a caso, formas de cooperação entre prestadores de serviços médicos ou de saúde que não prejudiquem a concorrência ou os consumidores. O objetivo, com isso, é evitar que formas de cooperação entre profissionais de saúde potencialmente aptas a gerar ganhos de bem-estar social sejam analisadas de modo dogmático, que não leve em consideração a dinâmica dos diversos mercados de prestação de serviços de saúde. Para melhor conhecer esses mercados, bem como o mercado de saúde suplementar no Brasil, seria desejável promover um ciclo de audiências públicas que, a exemplo do que se tem feito no tocante à convergência tecnológica, envolva todos os agentes significativos, inclusive as agências reguladoras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina; PARAÍSO, Daniela Góes; BRITO, Rubens José Amaral de. Demanda no setor de saúde suplementar no Brasil. In: FIÚZA, Eduardo; MOTTA, Ronaldo Seroa da (Coord.). *Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.
- ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina; PARAÍSO, Daniela Góes; BRITO, Rubens José Amaral de. *Estudo sobre a regulação do setor brasileiro de planos de saúde*. Documento de Trabalho n. 37. Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda, 2006.

“cooperativas ou associações médicas que envolvam integração (financeira, com partilha de riscos) entre médicos e outros prestadores de serviço deveriam ser tratadas de forma mais favorável pelos órgãos antitruste, e não como cartéis clássicos” (*Poder de compra e política antitruste*, p. 268).

- CADE. *Relatório de gestão e correição da Procuradoria-Geral do CADE*. 2006/2007. Disponível em: www.cade.gov.br.
- COMISSÃO EUROPÉIA. *Report on competition in professional services*, 2004. Disponível em: http://europa.eu.int/comm/competition/liberal_professions/final_communication_en.pdf.
- FEDERAL TRADE COMMISSION; DIVISÃO ANTITRUSTE DO DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA DOS ESTADOS UNIDOS. *Guidelines for collaborations among competitors*, 2000. Disponível em: www.ftc.gov/bc/bcburguidelines.htm.
- FEDERAL TRADE COMMISSION (FTC); DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA (DoJ). *Statement 8*. Disponível em: www.ftc.gov/reports/hlth3s.htm#7.
- FEDERAL TRADE COMMISSION (FTC); DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA (DoJ). *Improving health care: a dose of competition*, 2004. Relatório. Disponível em: www.usdoj.gov/atr/public/health_care/204694.pdf.
- GOLDBERG, Daniel. *Poder de compra e política antitruste*. São Paulo: Singular, 2006.
- MAJORAS, Deborah Platt. *Fostering a competitive health care environment that benefits patients* Palestra proferida em 28/2/2005. Disponível em: www.ftc.gov/speeches/majoras/050301healthcare.pdf.
- MENDONÇA, Adriana Pereira de. *Cláusula de exclusividade de prestação de serviços médicos das cooperativas médicas e de saúde à luz do direito da concorrência*. 2003. Monografia (MBA em Direito Econômico e das Empresas). Fundação Getúlio Vargas, Brasília, 2003.
- OCDE. Disponível em: www.oecd.org/dataoecd/35/4/1920231.pdf.
- OCDE. *Enhancing beneficial competition in the health professions*. Disponível em: www.oecd.org/dataoecd/7/55/35910986.pdf.
- SULLIVAN, Lawrence A.; GRIMES, Warren S. *The law of antitrust: an integrated handbook*. 2. ed. St. Paul, Thomson/West, 2006, p. 685-709.